

Artículo original

Control de la COVID-19 en viajeros atendidos en el municipio Bartolomé Masó Márquez

COVID-19 Control in Travelers Received in Bartolomé Masó Márquez Municipality

Yasel Aguilar Muñoz¹ <https://orcid.org/0000-0003-1286-4984>

Aleida Santamarina Fernández^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-5435-3173>

Marcia Santamarina Fernández¹ <https://orcid.org/0000-0003-3643-2780>

Beralia Suárez Santamarina² <https://orcid.org/0000-0003-3225-7014>

Rosa Enilia Ortiz Tamayo² <https://orcid.org/0000-0003-1262-1368>

¹Policlínico Docente Bartolomé Maso Márquez. Bartolomé Maso Márquez, Granma, Cuba.

²Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley. Manzanillo, Granma, Cuba.

*Autor para la correspondencia: geminisjesus@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La COVID-19 ha sido clasificada por la OMS como una emergencia en salud pública de importancia internacional y posteriormente, el 11 de marzo del 2020 la consideró como una pandemia global.

Objetivo: Caracterizar a los viajeros atendidos en el municipio Bartolomé Masó Márquez en Granma durante el control de la COVID-19.

Metodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, de corte transversal en 33 viajeros como grupo de riesgo en el consultorio No.51 (Plan C) del municipio Bartolomé Masó

Márquez de Granma en el período marzo-diciembre 2020. Los datos primarios se extrajeron de los registros estadísticos del consultorio. Entre las variables de interés figuró: mes de entrada al área, procedencia, sexo, edad y lugar de procedencia.

Resultados: El mes de julio presentó una elevada incidencia de 39,40 % viajeros. El 66,67 % procedían de regiones del país, predominó el grupo de edad de 50-59 años (40,9 %) y el sexo masculino (59,10 %). De los 11 viajeros internacionales prevaleció el grupo entre 30-39 años (45,45 %) y los pacientes masculinos fueron los de mayor presentación (54,55 %). De Artemisa y Ciego de Ávila procedían los viajeros nacionales con 18,19 % y de Venezuela procedían los viajeros internacionales con 72,73 %.

Conclusiones: Se controla el 100 % de los viajeros como grupo de riesgo del área que proceden, mayormente de Venezuela por ser colaboradores y de las regiones de alta transmisión del país. Se cumple lo establecido por protocolo, se evita la transmisión y propagación de la COVID-19 y no se diagnostica ningún caso.

Palabras clave: coronavirus; infecciones por coronavirus; estado de salud; vigilancia sanitaria; Cuba.

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 has been classified by the WHO as a public health emergency of international importance and, after that, on March 11, 2020, it was considered a global pandemic.

Objective: To characterize the travelers treated in Bartolomé Masó Márquez Municipality, Granma Province, during the COVID-19 control.

Methods: Descriptive, retroprospective and cross-sectional study carried out with 33 travelers as a risk group in the family medical office no. 51 (C Plan) of Bartolomé Masó Márquez Municipality, Granma Province, in the period March-December 2020. The primary data were taken from the statistical registries of the medical office. Among the variables of interest were month of entry to the area, origin, sex, age and place of origin.

Results: The month of July presented a high incidence, accounting for 39.40% of the travelers. 66.67% came from regions of the country. The age group 50-59 years (40.9%) and the male sex (59.10%) predominated. Of the eleven international travelers, the group between 30-39 years of age (45.45%) prevailed, while male patients were the most represented (54.55%). National travelers came from Artemisa and Ciego de Ávila, accounting for 18.19%, while international travelers came from Venezuela, accounting for 72.73%.

Conclusions: 100% of travelers are controlled as a risk group from their area of origin, mostly Venezuela, as far as they are collaborators, as well as from the high transmission regions of the country. The established protocol is complied with, transmission and spread of COVID-19 is prevented, and no cases are diagnosed.

Keywords: coronavirus; coronavirus infections; health status; health surveillance; Cuba.

Recibido: 27/08/2021

Aceptado: 05/11/2021

Introducción

Una emergencia en salud pública de importancia internacional ha sido declarada por la organización mundial de la salud (OMS) posteriormente el 11 de marzo del 2020 como una pandemia global relacionada con el nuevo coronavirus (SARS-Cov2). Ha afectado a comunidades y economías sin precedentes en todo el mundo. Los países tardaron en tomar una serie de medidas para detenerla y sus capacidades de atención médica actuales son insuficientes para tratar a los pacientes.⁽¹⁾

Como es evidente la susceptibilidad de este virus en la población mundial, su elevada tasa de incidencia y el alto número reproductivo (R_0) favorecieron una amplia penetración en las comunidades, originando grandes cadenas de transmisión a partir de casi la totalidad de los individuos infectados e incluyó en su espectro clínico una proporción importante de casos graves, críticos y fallecidos.⁽²⁾ Además, se transmite 1,5 veces más rápido que el SARS, dos veces más que el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y tres veces más que la influenza común.⁽³⁾

China, país muy afectado, vivió momentos de mucha tensión; la necesidad de priorizar recursos humanos y materiales a Wuhan, de volcar la economía en función de su control, de garantizar en tiempo récord las instituciones para la atención a los enfermos y sospechosos, la decisión de mantener el aislamiento total de la ciudad durante 76 días, fueron parte de las medidas extremas que hicieron posible los resultados que hoy exhiben.⁽⁴⁾ Hasta el 31 de diciembre 2020 se reportaban 189 países con casos de COVID-19 y 1 820 289 fallecidos para una letalidad de 2,18 %. En la región de las Américas se reportaban 873 051 fallecidos para una letalidad de 2,40 %.⁽⁵⁾

Una de las tareas prioritarias ha sido la de tratar de contener la progresión exponencial de esta enfermedad, que muestra un alto factor reproductivo básico (R_0), muy por encima de otros coronavirus, como los que causan el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV) o el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV). En este sentido, el acceso a los medios de pesquijaje, que combinan la identificación de los principales grupos susceptibles de contagio (contactos de casos confirmados y sospechosos por la presencia de síntomas), junto a la realización de los test de detección de anticuerpos (IgM/G) y reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR -RT como prueba confirmatoria, constituyen una estrategia que permite establecer medidas de aislamiento y tratamiento oportuno de los enfermos.⁽⁶⁾

Al cierre del 2020 se diagnosticaron en Cuba un total de 12 mil 056 personas con el virus SARS-CoV-2, de las cuales 10 mil 345 se han recuperado satisfactoriamente de esta enfermedad gracias al trabajo multidisciplinario e intersectorial.⁽⁷⁾

En la provincia Granma, la tasa de incidencia, desde el comienzo de la fase preepidémica hasta el 31 de mayo de 2020, fue de 1,6 por cada 100 000 habitantes, inferior a la tasa de incidencia del país (17,9 por cada 100 000 habitantes.), fue la ocupante del último escaño.⁽⁸⁾ Según estadísticas del municipio Bartolomé Masó Márquez, se diagnosticó en ese período cinco viajeros internacionales de origen cubano procedentes de Haití (4) y uno de Bahamas notificando el primer caso el 24 de diciembre del 2020.

Como factor potenciador para la propagación de la pandemia, el movimiento de personas dentro del país de localidades de alta a bajas o de ninguna transmisibilidad, así como los viajes internacionales con llevan distintos niveles de riesgo de exportación o importación del virus SARS-CoV-2, en función de cuál sea el país de origen y el país de destino del pasajero, en el actual y complejo escenario epidemiológico por la pandemia de la COVID-19.

En este sentido, la OMS recomienda que los países planifiquen y evalúen continuamente sus capacidades para hacer pruebas, rastrear, aislar y manejar los casos importados y la cuarentena de los contactos. Este proceso de decisión debe incluir un análisis de la situación del contexto local de los países de salida y destino.

Deben tenerse en cuenta los siguientes factores: la epidemiología y las pautas de transmisión locales; las medidas nacionales de salud pública y social para controlar los brotes tanto en el país de origen como en el de destino.⁽⁹⁾

En virtud de lo ante expuesto se realiza este trabajo con el objetivo de caracterizar a los viajeros atendidos en el área de salud del consultorio médico No 51 Plan C del municipio Bartolomé Masó Márquez en Granma durante el control de la COVID-19.

Métodos

Estudio descriptivo y retrospectivo, de corte transversal en 33 viajeros como grupo de riesgo en el consultorio No. 51 (Plan C) del municipio Bartolomé Masó Márquez de la provincia Granma en el período marzo-diciembre 2020.

Del total de viajeros, 22 (66,67 %) son nacionales y 11 (33 %) internacionales.

Se consideró como viajero a todos los individuos procedentes de una región dentro del país o del extranjero donde estuviera demostrada la transmisión de la enfermedad, durante un periodo de 14 días

Los datos primarios se extrajeron de los registros estadísticos del consultorio. Entre las variables de interés figuraron: mes de entrada al área (meses del año), procedencia: viajero nacional (VN), viajero internacional (VI), sexo (masculino y femenino), edad y lugar de procedencia según región dentro del país o del extranjero.

Se empleó la estadística descriptiva para el análisis de los resultados, los cuales se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes. Se mantuvo el anonimato y la confidencialidad de la información. El estudio se efectuó conforme con las reglamentaciones y principios éticos.

Resultados

Veintidós (66,67 %) viajeros pesquisado procedían de regiones del país Se encontró predominio del grupo de edad de 50-59 años (40,9 %) y del sexo masculino (59,10 %) (Tabla 1).

La tabla 2 muestra que de un total de 11 viajeros internacionales predominaron los que se encuentran entre 30-39 años (45,45 %) y los del sexo masculino (54,55 %).

Tabla 1 - Distribución de viajeros nacionales según edad y sexo

Grupos de edades (años)	Viajeros nacionales (n= 22)				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	-	-	2	22,22	2	9,10
30-39	3	23,07	-	-	3	13,63
40-49	1	7,69	1	11,11	2	9,1
50-59	6	46,15	3	33,33	9	40,9
60 y más	3	23,07	3	33,33	6	27,27
Total	13	60,00	9	40,00	22	100,00

Tabla 2 - Distribución de viajeros internacionales según edad y sexo

Grupo de edades (años)	Viajeros internacionales (n=11)				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	1	16,66	3	60	4	36,37
30-39	3	50,00	2	40	5	45,45
40-49	1	16,66	-	-	1	9,09
50-59	1	16,66	-	-	1	9,09
Total	6	54,55	5	45,45	11	100,00

Artemisa y Ciego de Ávila fueron las regiones del país de donde procedían los viajeros nacionales con igual proporción, 18,19 %. Así como la Habana y Guanabacoa fueron las regiones del país que más viajeros recibieron (13,63 %) cada una.

En la figura se aprecia que Venezuela es el país de donde procedían la mayoría de los viajeros internacionales con 72,73 %.

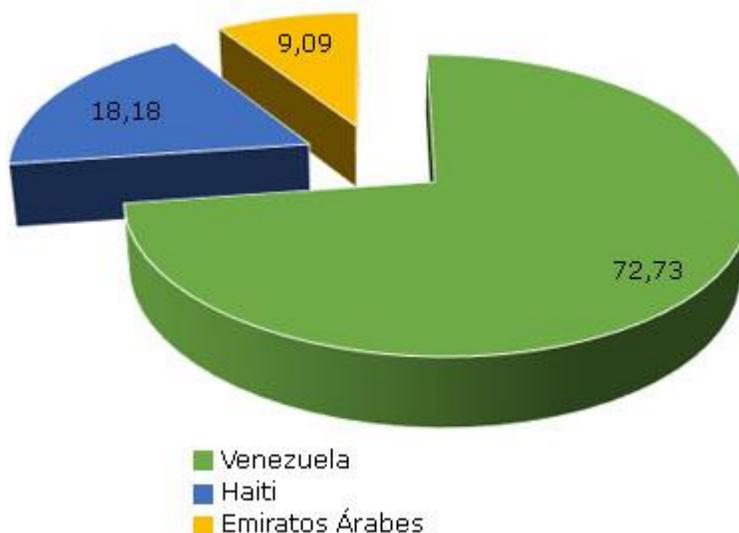


Fig. - Distribución de viajeros según país de procedencia.

Discusión

Es importante destacar que Cuba tiene como elemento innovador frente a la COVID-19 la prevención mediante el aislamiento social y el empleo de la pesquisa activa.⁽¹⁰⁾ En el mes de marzo 2020 entraron al país un total de 313 949 viajeros procedentes de más de 177 países, de ellos 153 se confirmaron como casos de COVID-19.⁽¹¹⁾ A partir de estas entradas, la epidemia se propagó por todo el país, debido a todo ello, la cantidad de casos se correlacionó de forma significativa y directa con la cantidad de viajeros con COVID-19 que entraron al país y con la cantidad de eventos de transmisión.⁽¹²⁾ Es preciso tomar muy en cuenta que el control de este grupo de riesgo, representado por los viajeros, es importante en cada área de salud, no solamente de los viajeros internacionales, también de los que viajan dentro de las regiones del país.

Es importante resaltar que los protocolos cubanos para el enfrentamiento de esta pandemia, indican un grupo de actuaciones desde los diferentes niveles de atención.⁽¹³⁾

En la atención primaria de salud (APS), según el protocolo cubano, el control de la COVID-19 incluye la pesquisa activa, realizada por el equipo básico de salud y fortalecida por la que a diario realizan los estudiantes de las ciencias médicas.⁽¹⁴⁾ Estas actuaciones se realizaron en el consultorio del Plan C, así como el seguimiento diario por el equipo básico durante 14 días a todos los viajeros procedentes del exterior, con

vigilancia activa y termometría indicado por el control sanitario internacional, así como los que procedían de las diferentes regiones del país.

El objetivo es identificar tempranamente síntomas respiratorios. Entre las intervenciones preventivas que se da cumplimiento es que al identificarse un caso como contacto, se realiza ingreso en el centro de aislamiento de contactos definido en el municipio durante 14 días. Asimismo, se coordina el traslado en ambulancias o transportación destinada por salud hacia los centros de aislamientos. Seguimiento al alta hospitalaria del caso confirmado: aislamiento en la casa hasta que se cumplan 14 días del inicio de los síntomas, con supervisión médica diaria. Para la paciente obstétrica es ingreso en el hogar. Se logra una vigilancia activa y control de síntomas y signos, se cumple la termometría diaria a los pacientes durante su seguimiento por el médico y la enfermera de la familia.

En la investigación de *Váldez García* y otros, la mayor tasa de incidencia correspondió a Contramaestre (7,6 por 10⁵ habitantes), entre los pacientes asintomáticos en el momento del diagnóstico, 4 pertenecían al municipio de Contramaestre y eran contactos de viajeros procedentes de los Estados Unidos y los 9 restantes correspondían al municipio de Santiago de Cuba.⁽¹⁵⁾ El 11 de marzo del 2020, se confirmó el primer caso de COVID-19, en Cuba, a partir de un turista italiano que fue hospitalizado inmediatamente.⁽¹⁶⁾

En la comunidad Camilo Cienfuegos de Consolación del Sur, Pinar del Río, primera comunidad cubana en cuarentena por la COVID-19, los casos reportados en el evento epidemiológico fueron cubanos, dos con fuente de infección en el extranjero, en Ciudad de México; el modo de contagio en 20 % de la muestra fue importado y el 80 % introducido. El sexo masculino estuvo representado en el 70 % y la distribución por grupos etarios de los diagnosticados fue mayor en el de 0 a 19 años con el 40 %, La distribución del sexo en el estudio realizado en Pinar del Río es similar a la encontrada en este estudio, pero la variable edad no concuerda porque predominó el grupo de 50-59 años. Todos los pacientes presentaron sintomatología leve que no requirieron hospitalización alguna y la evolución fue favorable. Limitar los traslados a lugares fuera de su residencia para evitar una posible propagación fue fundamental para cortar la transmisión de la enfermedad.⁽¹⁷⁾

En otro trabajo realizado en la provincia Granma se constató que hubo predominó ligero del sexo masculino(54 %) y en relación a la edad el grupo de 20 a 49 años de edad(45 %), los resultados de estudio es similar a la variable sexo en este estudio pero no coincide con el grupo de edad pero evidencia que la principal fuente de infección es contacto

con extranjero en 54 % de los casos, en este sentido, se hace necesario destacar la importancia del control de viajeros para evitar la diseminación de la enfermedad.⁽¹⁸⁾

Se concluye que se controla el 100 % de los viajeros como grupo de riesgo del área que proceden, mayormente de Venezuela por ser colaboradores, y de las regiones de alta transmisión del país. Se cumple lo establecido por protocolo, se evita la transmisión y propagación de la COVID-19 y no se diagnostica ningún caso.

Referencias bibliográficas

1. Prades Escobar E, Martín Sánchez D. Modelos estadísticos para las predicciones de la COVID-19 en Cuba. Rev. cuba. hig epidemiol. 2020 [acceso 01/01/2021];57. Disponible en: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/303>
2. Más Bermejo PI. La COVID 19 y la práctica epidemiológica en Cuba. Rev. cuba. hig. epidemiol. 2020 [acceso 01/01/2021];57. Disponible en: <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/307>
3. Martínez Torres E. Más de 40 preguntas y respuestas acerca del nuevo coronavirus. Rev. cuban. pediatr. 2020 [acceso 01/01/2021];92(Supl.especial):e1195. Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1195/548>
4. Álvarez Lam I, Ponce Bittar J. SARS CoV-2: la nueva pandemia. Rev. cuban. pediatr. 2020 [acceso 01/01/2021];92(Supl. especial):e1179. Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1179/546>
5. Centro para el Control Estatal de Medicamentos, Equipos y Dispositivos Médicos. Coronavirus en Cuba, 31 de diciembre de 2020. La Habana: CECMED; 2021. [acceso 01/01/2021]. Disponible en: <https://www.cecmed.cu/noticias/coronavirus-cuba-31-diciembre-2020>
6. Buchaca Faxas E. Retos y desafíos en tiempos de la COVID-19. Del conocimiento a la práctica clínica. Rev. cuban. med. 2020 [acceso 02/05/2021];59(1). Disponible en: <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1330>
7. Infecciones por coronavirus. Recibamos el 2021 con más cuidados y protección ante la COVID-19. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas-Infomed; 2021 [acceso 01/01/2021]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/coronavirus/2021/01/01/recibamos-el-2021-con-mas-cuidados-y-proteccion-ante-la-covid-19/>
8. Estrada García CB, Recio Fornaris I, Martínez Orozco D, Collejo Rosabal YM, Mariño Serrano RY. Caracterización epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas

- graves. Granma, marzo-mayo de 2020. Multimed (Bayamo). 2020 [acceso 28/01/2021];24(6). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/2013>
9. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Control Sanitario de Fronteras y la COVID-19. Bibliomed Suplemento. 2021 [acceso 28/01/2021]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bmn/files/2021/02/bibliomed-suplemento-enero-2021.pdf>
10. García Herrera AL, Medina Tápanes E, Martínez Abreu J, Mestre Cárdenas VA, Moliner Cartaya M. Pesquisa activa de pacientes sintomáticos respiratorios, esencia de la prevención de la COVID 19. Rev. méd. electrón. 2020 [acceso 01/01/2021];42(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3864>
11. Zamora Matamoros L, Sagaró del Campo N, Valdes García LE, Benítez Jiménez I. Entrada de viajeros y densidad poblacional en la propagación de la COVID-19 en Cuba. Rev. cuban. med. 2020 [acceso 02/02/2021];59(3). Disponible en: <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1375>
13. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Protocolo de Actuación Nacional para la COVID-19. Versión 1.4. La Habana: MINSAP; 2020 [acceso 01/01/2021]. Disponible en: <https://covid19cubadata.github.io/protocolos/protocolo-version-4.pdf>
14. Pérez Collado J, Peñalver Sinclay AG, Borges Damas L, Maestre Zamora N, Hernández González D, Martínez Urra D. Una opción para detener la COVID-19 desde un Centro de Aislamiento en Artemisa. INFODIR. 2021 [acceso 05/02/2021];(34). Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/929>
15. Valdés García LE, León Bueno D, Neira Palacios A, Jaqueman Dussac Y. Características clinicoepidemiológicas de pacientes con evolución asintomática de la COVID-19 en la provincia de Santiago de Cuba. Medisan (Santiago de Cuba). 2020 [acceso 28/01/2021];24(5). Disponible en: <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/3338>
16. Candelaria Brito JC, Díaz Cruz SA, Acosta Pérez DM, Labrador Mazón O, Rodríguez Méndez A. Estrategia intervencionista dirigida a la prevención y control de la COVID-19 en Consolación del Sur. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2020 [citado: 05/02/2021];24(3):e4495. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4495>
17. Candelaria Brito JC, Díaz Cruz SA, Acosta Pérez DM, Junco Sena B, Rodríguez Méndez A. Primera comunidad en cuarentena por la COVID-19 de Cuba. Rev. cienc. méd. Pinar Río. 2020 [acceso 01/01/2021];24(3):e4485. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4485>

18. Estrada García CB, Recio Fornaris I, Vega Torres R, Collejo Rosabal YM, Martínez Orozco D. Comportamiento clínico epidemiológico de la COVID-19. Granma, marzo-mayo de 2020. RM [revista en Internet]. 2020 [acceso 28/01/2021];24(4). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1993>

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses entre los autores.

Contribución de los autores

Yasel Aguilar Muñoz: conceptualización; curación de datos; análisis formal; creación de la metodología; redacción del borrador original; Redacción - revisión y edición.

Aleida Santamarina Fernández: conceptualización; curación de datos; análisis teórico; aportes a la metodología; recursos de información (tratamiento de la bibliografía); revisión del borrador original y del resultado final

Marcia Santamarina Fernández: curación de datos; análisis formal; creación de la metodología; redacción del borrador original

Beralia Suárez Santamarina: análisis formal; creación de la metodología; redacción del borrador original

Rosa Enilia Ortiz Tamayo: análisis formal; creación de la metodología; redacción del borrador original